承　　諾　　書

恵那市在宅高齢者保健福祉推進支援事業利用登録申請（介護用品購入券申請）にあたり、恵那市福祉事務所職員が、世帯の市民税課税状況を確認することを承諾します。

年　　月　　日

申請者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者記入欄		※　福祉事務所職員確認欄	
世帯員氏名	個人番号	市民税課税額	確認年月日
		課税・非課税	年　　月　　日
		課税・非課税	年　　月　　日
		課税・非課税	年　　月　　日
		課税・非課税	年　　月　　日
		課税・非課税	年　　月　　日
		課税・非課税	年　　月　　日
		課税・非課税	年　　月　　日